

Billard.

1908.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 33

DES

GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES

AU POINT DE VUE

DE L'ANATOMIE ET DE LA PATHOLOGIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1908

PAR

A. BILLARD

Né à Charavinès (Isère), le 23 novembre 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. RAUZIER, <i>président</i> .	MM. VEDEL, <i>agré</i> g.
GRASSET (*), <i>professeur</i> .	GAUSSEL, <i>agré</i> g.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A. BILLARD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES
AU POINT DE VUE
DE L'ANATOMIE ET DE LA PATHOLOGIE

INTRODUCTION

L'étude des ganglions trachéo-bronchiques, tant au point de vue de l'anatomie que de la pathologie, a été entreprise par un assez grand nombre d'auteurs. On ne peut cependant trouver, dans la littérature médicale, aucun travail complet sur la question. Chacun a étudié les adénopathies trachéo-bronchiques à un point de vue restreint. Aussi lorsque l'on tente quelques recherches sur ce sujet, on ne trouve guère que des observations particulières et non une vue d'ensemble.

Nous n'avons pas eu par ce travail la prétention de combler cette lacune : nous n'en avons ni la force ni l'autorité.

Ce que nous avons voulu faire, c'est une sorte de synthèse, un travail de condensation.

Pour cela nous avons lu les ouvrages qui ont été pu-

bliés sur l'anatomie et la pathologie, nous avons ensuite essayé de donner en quelques pages une vue d'ensemble.

Notre travail n'a donc rien d'original ; c'est seulement un assemblage des idées les plus saillantes qui ont été émises sur la question.

Nous avons dû pour y parvenir consulter un grand nombre d'ouvrages dont nous donnons la liste à la fin de notre travail ; cette bibliographie pourra être, nous l'espérons, d'une grande utilité à ceux qu'intéresse cette si importante question des adénopathies trachéo-bronchiques.

Nous avons divisé notre sujet en deux grandes parties.

Dans la première, nous étudions l'anatomie des ganglion trachéo-bronchiques. Dans la deuxième, nous en faisons l'étude pathologique, passant successivement en revue : l'étiologie, la pathogénie, les formes cliniques et les complications.

Avant de commencer notre travail, il nous est un devoir bien doux à remplir : remercier tous ceux qui, pendant le cours de nos études, nous ont soutenu et dirigé avec une inlassable patience.

A notre père et à notre mère bien aimés, dont l'amour et le dévouement ont toujours été si grands, nous adressons l'hommage de notre profonde et affectueuse reconnaissance.

A nos maîtres de l'Ecole de Grenoble qui ont aidé nos débuts, nous présentons nos plus vifs remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée.

Merci enfin à tous nos professeurs de Lyon et de Montpellier, où nous avons fait, à notre gré, un trop court séjour pour l'enseignement si utile qu'ils nous ont donné, et dont nous conserverons toujours le meilleur et le plus respectueux souvenir.

I

ANATOMIE DES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES

L'anatomie des ganglions trachéo-bronchiques ne date pas de très longtemps ; la première étude assez complète fut faite par Barety dans sa thèse de Paris, 1874. Cet auteur a laissé des ganglions trachéo-bronchiques une description classique aujourd'hui.

On peut diviser le système ganglionnaire trachéo-bronchique en deux grands groupes :

- 1° Ganglions intérieurs ;
- 2° Ganglions extérieurs.

1° *Ganglions intérieurs.* — Les ganglions intérieurs et profonds, encore appelés bronchiques par Barety ou broncho-pulmonaires par Testut, sont très nombreux. Ils sont situés à 3 ou 4 centimètres en dedans du hile, en plein poumon par conséquent. Ils occupent les angles de division des bronches souches et des vaisseaux sanguins. Suivant Cruveilhier, on peut trouver des ganglions jusqu'aux divisions de quatrième ordre.

Ces ganglions, complètement enfouis dans le parenchyme pulmonaire, sont en rapports intimes avec les branches des vaisseaux pulmonaires, et plus particuliè-

rement avec celles de l'artère qu'ils peuvent comprimer lorsqu'ils sont hypertrophiés.

Leur volume est fort variable ; à côté de ganglions minuscules, à peine visibles à l'œil nu, on en rencontre de la grosseur d'une noisette ou d'une amande.

D'une façon générale, ces ganglions broncho-pulmonaires sont très petits et de forme circulaire dans la profondeur. Ils augmentent ensuite de volume graduellement et deviennent ovalaires et aplatis.

Leur coloration est, suivant les cas, grisâtre, piquetée de noir ou même complètement noire, par suite de la pénétration dans la masse du ganglion de particules pigmentaires charbonneuses qui leur sont vraisemblablement apportées par les vaisseaux lymphatiques. Cet envahissement des ganglions lymphatiques du hile ne commence guère que de dix à vingt ans. Il augmente ensuite avec les progrès de l'âge.

2° *Ganglions extérieurs.* — Les ganglions extérieurs sont beaucoup plus nombreux et plus importants, soit au point de vue anatomique ou au point de vue pathologique.

Ils composent un grand amas situé entre les bronches, autour de celles-ci et de la trachée, et présentent des rapports très importants avec tous les organes du médiastin.

Ces rapports sont très utiles à connaître, car les ganglions trachéo-bronchiques peuvent, lorsqu'ils sont enflammés, exercer sur les organes voisins des compressions ou produire des désordres plus graves encore. Ces ganglions reçoivent les vaisseaux efférents profonds, les vaisseaux superficiels provenant d'une traînée de ganglions supérieurs et inférieurs à la racine médiane, trois ou quatre

de chaque sorte disposés verticalement en arrière de la face interne du poumon gauche.

Les inférieurs versent leurs affluents dans les ganglions sous-bronchiques ; les supérieurs dans les petits ganglions de la bronche et du tronc pulmonaire gauche ou dans ceux de la crosse aortique.

A droite, les ganglions, moins nombreux et concentrés vers la racine du poumon, sont en communication par de nombreux rameaux avec les ganglions sous-bronchiques en dedans, et en haut avec les ganglions trachéaux de leur côté.

Au point de vue de l'anatomie descriptive, on peut diviser les ganglions extérieurs en quatre groupes :

- I. — Ganglions péricitrachéo-bronchiques droits.
- II. — Ganglions péricitrachéo-bronchiques gauches.
- III. — Ganglions interbronchiques.
- IV. — Ganglions rétro-sternaux.

I. *Ganglions péricitrachéo-bronchiques droits.* Ils constituent le plus important de ces groupes par leur nombre, la constance de leur disposition et la fréquence des lésions dont ils sont atteints.

Ils sont situés dans l'angle que forme la trachée avec la bronche droite dans une loge dont la veine-cave supérieure forme la limite antérieure.

Ce groupe comprend généralement quatre ou cinq ganglions qui, à l'état normal, ont le volume et la forme d'un gros pois ou d'un haricot.

Ces ganglions sont en rapport en avant avec la veine-cave inférieure, en dedans avec la trachée, en dehors avec la face interne du poumon, en bas avec la bronche droite, la branche droite de l'artère pulmonaire formant

le pédicule pulmonaire droit; ils confinent encore à ce niveau à la crosse de l'azygos, qui vient s'aboucher à cet endroit dans la veine-cave supérieure. En haut, le groupe ganglionnaire remonte jusqu'à la crosse de la sous-clavière et entre à ce niveau en rapport avec l'anse du récurrent et la chaîne ganglionnaire de ce nerf; en arrière enfin, il répond au pneumogastrique droit. Les rapports avec le pneumogastrique droit et le récurrent sont beaucoup moins immédiats qu'à gauche.

II. *Ganglions péritrachéo-bronchiques gauches.* — Leur nombre varie de trois à quatre. Ils sont ordinairement moins volumineux que les précédents

Ils répondent en avant à la portion ascendante de la crosse aortique; en dedans à la trachée, en bas à la bronche gauche et à l'artère pulmonaire gauche; en dehors au poumon gauche, en arrière au pneumogastrique gauche. En haut, ils entrent en relation avec la portion horizontale de la crosse aortique et avec l'anse du récurrent, qu'ils compriment assez fréquemment. Ils se continuent à ce niveau avec la chaîne récurrentielle gauche.

III. *Ganglions interbronchiques.* — Ils sont placés dans l'espace triangulaire situé entre la face intérieure des deux bronches principales et correspondent en arrière au corps de la quatrième vertèbre dorsale.

Ce groupe impair et médian comprend dix à douze ganglions, généralement plus nombreux et plus volumineux sous la bronche droite que sous la bronche gauche. Ils sont en rapport en avant avec le péricarde et avec ses attaches fibreuses. Le péricarde les sépare de l'oreillette gauche, à laquelle ils envoient une veinule signalée par

Lannelongue et retrouvée par Barety ; en arrière, avec le plexus pulmonaire et la face antérieure de l'œsophage.

IV. *Ganglions rétro-sternaux*. — De chaque côté du sternum se trouvent les ganglions rétro-sternaux, situés de chaque côté de la première pièce du sternum, au niveau et un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire.

Le groupe droit siège juste au point où la veine jugulaire interne se réunit au tronc innomé pour former la veine cave supérieure. Le groupe gauche moins important pour centre la face antéro-externe de la crosse aortique entre la naissance de la carotide gauche et le canal artériel.

Avant de terminer cet exposé anatomique, nous devons dire quelques mots sur les relations qui existent entre les ganglions trachéo-bronchiques et les autres groupes ganglionnaires. C'est là une question très importante au point de vue pathologique, car les infections de quelques groupes ganglionnaires retentissent souvent sur les ganglions trachéo-bronchiques ou réciproquement.

Tous les groupes trachéo-bronchiques communiquent largement entre eux. Ils reçoivent les lymphatiques de la trachée, des bronches, des poumons et des plèvres, et voilà pourquoi, à la suite d'une tuberculose pulmonaire ou pleurale, on observe si souvent des adénopathies du même genre.

Les ganglions trachéo-bronchiques reçoivent encore les lymphatiques du cou et du thorax. Ils communiquent aussi avec les ganglions de l'aisselle et les ganglions sus-claviculaires ; de sorte qu'une infection des ganglions trachéo-bronchiques amène souvent une adénopathie sus-claviculaire ou axillaire. Cette adénopathie, facile à constater,

a une grande importance pour le diagnostic ; elle vient souvent trahir à la surface une lésion profonde jusque-là obscure ; et ce n'est pas par l'intermédiaire de la plèvre que l'infection se propage, mais par le réseau lymphatico-ganglionnaire qui fait communiquer les deux groupes.

II

PATHOLOGIE DES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES

Les altérations des ganglions qui sont contenus dans la cavité thoracique et qui sont en rapport avec les principaux organes qui la traversent ou s'y trouvent logés, n'étaient autrefois étudiées que par les auteurs qui écrivaient sur les maladies de l'enfance. Mais aujourd'hui la pathologie de ces ganglions a pris dans le cadre nosologique une telle importance qu'il nous a paru intéressant, après avoir noté avec détails leurs rapports et leurs connexions, de présenter une revue d'ensemble rapide sur quelques points de leur pathologie.

Dans l'histoire des adénopathies médiastinales, c'est la tuberculose des ganglions bronchiques qui a été tout d'abord reconnue et étudiée. En effet Lalouette, en 1781, dans son « Traité des Scrofules », dit qu'il a observé chez des jeunes enfants des dégénérescences scrofuleuses des ganglions qui accompagnent la trachée et ses divisions. Quelques années plus tard, Leblond, frappé par les mêmes constatations attira l'attention sur ce sujet, mais c'est Becker, en 1826, qui le premier écrivit sur la question une monographie remarquable d'érudition. Il rassembla beaucoup de faits épars dans la littérature médicale concer-

nant les dégénérescences les plus diverses des ganglions intra-thoraciques aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Les recherches furent complétées par les travaux d'Andral, de Rilliet et de Baretz.

Mais la tuberculose des ganglions thoraciques n'est pas la seule forme d'adénopathie qu'on puisse observer ; c'est ce que s'efforcèrent de prouver Guéneau de Mussy et Baretz. Depuis les recherches de ces auteurs et après les études très complètes de Cadet de Gassicourt et Grancher, on décrit sous le nom d'adénopathie trachéo-bronchique tous les états morbides des ganglions du médiastin de quelque nature qu'ils soient.

Nous passerons sous silence les symptômes et le diagnostic des adénopathies et nous diviserons ce chapitre de la façon suivante.

Dans un premier paragraphe, nous étudierons l'étiologie des adénopathies trachéo-bronchiques. Dans un deuxième, nous traiterons de leur pathogénie, et nous verrons comment l'infection peut arriver jusqu'aux ganglions trachéo-bronchiques ; nous étudierons cette partie de notre sujet en prenant comme exemple la tuberculose, ce que nous dirons d'elle étant vrai pour toutes les infections en général puisque les voies d'accès sont toujours les mêmes.

Dans le troisième, nous étudierons les formes cliniques les plus intéressantes.

Enfin, dans le quatrième, nous examinerons quels résultats les adénopathies trachéo-bronchiques peuvent avoir sur les organes avec lesquels elles sont en rapport.

§ I^{er}. — ETIOLOGIE DES ADÉNOPATHIES

TRACHÉO-BRONCHIQUES

Au point de vue étiologique, nous étudierons d'abord les adénopathies trachéo-bronchiques simples, puis la tuberculose des ganglions bronchiques, enfin les tumeurs ganglionnaires.

1. *Adénopathies trachéo-bronchiques simples.* — Avec Marfan, nous dirons qu'elles sont engendrées par toutes les inflammations aiguës ou chroniques des organes dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions trachéo-bronchiques.

Au premier rang, nous citerons toutes les inflammations non tuberculeuses des bronches, comme : bronchite aiguë, broncho-pneumonie, diphtérie, pleurésie et dothiènement. Elles accompagnent les bronchites chroniques, et particulièrement celles qui sont la conséquence de la coqueluche et de la rougeole.

Guéneau de Mussy et Peter ont, en outre, montré que les lésions de la muqueuse naso-pharyngée peuvent retentir sur ces ganglions, qui communiquent avec ceux du cou. Des faits analogues ont été observés à la suite de l'érysipèle de la face,

II. *Tuberculose des ganglions bronchiques.* — C'est sans contredit la question qui a été la plus étudiée et de la façon la plus approfondie.

Nous distinguerons la phtisie pulmonaire commune, dans laquelle la tuberculose des ganglions bronchiques

existe presque constamment, mais est secondaire par rapport aux lésions pulmonaires, et la phthisie bronchique propre aux premières années de la vie et dans laquelle les ganglions exclusivement sont frappés par l'agent morbide.

Pendant longtemps, on a contesté cette adénopathie pure. Parrot, en effet, avait cherché à établir comme loi que la tuberculose d'un groupe de ganglions lymphatiques est toujours consécutive à la tuberculose du viscère correspondant.

Mais aujourd'hui nombreux sont les faits qui infirment cette adénopathie secondaire, car l'expérience a prouvé que le bacille peut traverser une muqueuse et pénétrer dans les lymphatiques sans laisser au niveau de la porte d'entrée trace de son passage sous forme de lésion tuberculeuse.

Nous admettons cependant que cette tuberculose isolée des ganglions infecte souvent secondairement le poumon par contiguité, par effraction et rupture des ganglions dans le parenchyme, enfin par voie lymphatique.

III. *Tumeurs ganglionnaires.* — En règle générale, nous dirons que les tumeurs du médiastin sont presque toujours malignes.

Elles peuvent être primitives ou secondaires. Secondaires, elles résultent de l'envahissement du système lymphatique par un sarcome ou un carcinome du poumon, quelquefois de l'œsophage, de la paroi thoracique, du sein ou de l'estomac.

Les tumeurs primitives sont des lymphosarcomes ou des lymphadénomes.

A côté de ces néoplasmes, nous citerons les hypertrophies ganglionnaires de la leucémie et de la pseudo-leu-

cémie constituant la maladie de *Hodghin* et l'adénie de *Trousseau*.

Mais avec Bard, pour ne pas scinder notre étude, nous les réunirons sous le nom de diathèse lymphogène.

§2. — PATHOGÉNIE DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

Dans le tableau d'ensemble que nous venons de tracer, nous avons déterminé les causes principales des adénopathies trachéo-bronchiques. Il nous reste une question très importante à nous poser, sur laquelle le jour n'a pas encore été fait d'une façon bien nette. C'est celle de savoir comment se fait l'infection ?

L'infection des ganglions trachéo-bronchiques peut se faire de trois façons différentes, et ce qui va suivre est une déduction naturelle de notre étude anatomique

Nous avons admis en effet que les ganglions qui composent le système lymphatique intra-thoracique communiquent avec ceux du système extra-thoracique par l'intermédiaire des ganglions de la région cervicale inférieure. Ces mêmes ganglions internes, empruntant la voie transthoracique, semblent communiquer avec ceux de la région externe par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques situés au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux.

Ceci posé, nous comprenons facilement que l'infection peut se faire : 1° de dehors en dedans, et dans ce cas l'adénite est un signe précoce de la tuberculisation.

2° De dedans en dehors, et l'adénite devient un signe tardif de tuberculisation.

3° Simultanément de dehors en dedans et de dedans en dehors, et l'adénite est un signe de certitude d'une tuber-

culisation difficilement appréciable par les procédés cliniques accoutumés.

§ 3. — FORMES CLINIQUES DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

L'adénite trachéo-bronchique, nous l'avons dit, est très souvent tuberculeuse et l'adénopathie simple a été pendant très longtemps considérée comme une maladie spéciale à l'enfance. Mais, nous l'avons déjà dit, le bacille de Koch n'est pas toujours l'agent de ces affections qui peuvent se rencontrer à tous les âges.

Liouville, en effet, a publié dans les *Archives de physiologie* (1) un travail très intéressant et ayant trait aux adénopathies bronchiques chez le vieillard et l'adulte de cause généralement infectieuse.

Donc trois formes cliniques :

Adénopathie simple des enfants ;

Lymphadénite des adultes et adénite des vieillards.

Ceci nous amène à développer nos recherches anatomopathologiques, complément naturel de notre étude anatomique.

Les adénopathies trachéo-bronchiques simples sont caractérisées par une augmentation très notable des ganglions. Ceux-ci sont enflammés et peuvent atteindre le volume d'une grosse amande. Au début, la congestion leur donne une teinte rouge plus ou moins foncée qui peut, d'après Cornil et Ranvier, aller jusqu'à la teinte du tissu hépatique. Leur mollesse spéciale est due à l'œdème

(1) Voir Bibliographie.

inflammatoire. A mesure que les lésions s'accroissent, ils deviennent pâles et durs et, si le processus a une longue durée, ils subissent la transformation scléreuse complète. Quelquefois le processus inflammatoire peut arriver jusqu'à la suppuration.

Nance a pratiqué l'examen bactériologique de ces ganglions et y a trouvé divers bacilles isolés ou en association comme le pneumo-bacille de Friedlander, le streptocoque et le bacille de Koch.

Les adénopathies des adultes sont très souvent tuberculeuses, 80 0/0 des cas d'après Letulle et Marfan. Ce qui frappe à l'autopsie d'un homme mort d'adénopathie trachéo-bronchique, c'est l'énorme volume des ganglions adhérent les uns aux autres, se fusionnant et arrivant à former une grosse masse irrégulière, bosselée. Si on les sectionne, on y trouve les diverses lésions qui caractérisent la tuberculose. Les ganglions peuvent être allongés ou ovalaires, ou, au contraire, triangulaires et irréguliers. Ils sont mous, pâteux, de coloration grisâtre, tachetés de brun ou de noir. A leur surface, on distingue de petites masses arrondies, grosses comme un grain de mil, peu saillantes, non agglomérées, blanchâtres et tranchant nettement sur le fond gris. Ce sont là de vrais tubercules qui, à un stade plus avancé, peuvent aboutir à la dégénérescence caséuse.

Quelquefois, ces ganglions peuvent perdre leur cachet franchement tuberculeux, prendre une apparence jaunâtre et s'infiltrer de sels calcaires. Ils sont alors enveloppés dans une coque crétacée. D'autres fois enfin, ils renferment à leur intérieur des productions solides énucléables, que nous regarderons avec Andral comme un mode de guérison du tubercule.

Quant à l'adénite des vieillards, si bien décrite par

Liouville, ce qui frappe, c'est une sorte d'induration spéciale du ganglion, de texture plus compacte, plus résistante, et la tendance à la disparition de l'injection vasculaire. Souvent, ces lésions relèvent aussi d'un processus bacillaire. Quand on examine un de ces organes lymphogènes, outre la dureté quelquefois ligneuse de leur texture, on remarque un aspect froncé et ridé de leur surface et moins de souplesse dans les parties environnantes et un certain degré d'adhérence avec elles.

De plus, c'est à ce moment de la vie que commence à s'accroître la coloration mélanique spéciale qui, d'abord discrètement répandue, envahit peu à peu tous ces ganglions jusqu'à transformer leur coloration normale et provoquer l'apparition de zones marbrées, mouchetées, et bientôt couleur sépia, puis absolument noires comme le serait la section d'un morceau d'ébène. A ce stade, on dit que le ganglion est atteint de dégénérescence mélanique et peut ultérieurement s'ulcérer. Cet état a été dénommé par Charcot ganglionite chronique. Elle peut être professionnelle comme chez les mineurs ou les aiguilleurs ou être le résultat des seuls efforts de l'économie.

Restent à dire quelques mots au point de vue des lésions macroscopiques des tumeurs ganglionnaires. Ayant toujours affaire à des néoplasmes malins, ceux-ci se présenteront sous l'aspect encéphaloïde. Si l'on sectionne l'une de ces masses cancéreuses, on verra sourdre un suc blanchâtre plus ou moins séro-purulent ; à l'intérieur de la coupe, on verra de nombreuses dilatations vasculaires avec foyers hémorragiques. Les lymphadénomes sont formés par un tissu lardacé, ayant la forme d'un cône dont la base répond au hile et le sommet au tissu pulmonaire. Ces néoplasmes ont été longtemps considérés comme des carcinomes.

De cette étude sommaire, il résulte donc que les adénopathies médiastinales revêtent un caractère très différent au point de vue macroscopique suivant l'agent infectieux qui leur a donné naissance.

Si donc, comme le disait Grancher, faire le diagnostic à l'amphithéâtre est chose relativement facile, il n'en est pas de même pendant le cours de la maladie, car le tableau clinique, surtout au début, en est souvent très obscur. Cependant, à mesure que la maladie se confirme, apparaissent des symptômes dont la signification est plus précise.

Nous en arrivons ainsi à envisager rapidement, pour terminer notre exposé, les conséquences des hypertrophies ganglionnaires sur les organes du médiastin.

§ 4. — COMPLICATIONS DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

D'après les rapports anatomiques nous comprenons aisément que le tableau clinique sera très différent suivant que la tumeur siègera dans le plan antérieur ou vasculaire ou dans le plan postérieur ou trachéo-bronchique.

La compression pourra porter soit d'abord sur la veine cave supérieure, les troncs brachio céphaliques veineux, la grande azygos et les veines pulmonaires. L'oblitération pourra être partielle ou totale et suivant les cas une circulation complémentaire collatérale cherchera à s'établir entre le système cave supérieur et inférieur par l'azygos et les veines sous-cutanées. Quand cette circulation collatérale sera suffisante, les troubles seront peu marqués, dans le cas contraire on aura de l'œdème et de la cyanose de la tête, du cou et des mains.

Si les veines pulmonaires sont comprimées, il en résultera de la congestion passive du poumon, qui pourra s'accompagner d'hydrothorax ou d'hémoptysies.

Les artères, mobiles et plus résistantes, échapperont en général à la compression, mais elles seront déplacées. Ainsi l'aorte pourra être sentie avec les doigts derrière le sternum ; la sous-clavière et le tronc brachio-céphalique pourront être comprimés, on aura alors une diminution très nette du pouls radial du côté correspondant. Enfin, si la compression porte sur l'artère pulmonaire, on entendra un bruit de souffle systolique au niveau du deuxième espace intercostal gauche.

Quand la compression s'exercera sur la trachée ou les grosses bronches, si elle est légère à l'auscultation on entendra un ronchus trachéal ou bronchique fixe ; si elle est considérable elle engendrera le tirage, le cornage, l'affaiblissement du murmure vésiculaire avec conservation de la sonorité. Si les bronches sont entourées par une grosse masse solide ganglionnaire, les bruits bronchiques seront renforcés et l'on entendra un souffle tubaire rude interscapulo-vertébral qui aura une grande importance au point de vue du diagnostic. Si les phénomènes sont intenses et de longue durée l'expansion thoracique pourra être diminuée d'un côté, et à la longue elle pourra entraîner une rétraction thoracique avec abaissement de l'épaule et scoliose.

Le type respiratoire sera également modifié en vertu de la loi de Marey. Car si l'on respire par un tube étroit, le rapport des battements du cœur et des mouvements respiratoires changera ; la respiration deviendra plus rare et saccadée et les battements du cœur seront plus fréquents.

De toutes les compressions, celle des nerfs est sans

contredit celle qui attire le plus l'attention du clinicien. Si c'est le pneumogastrique qui est atteint, on aura des effets d'irritation centripète ; la toux prendra un caractère coqueluchoïde ; elle sera violente, rauque, quinteuse, revenant par accès, suivie de vomissements, et compliquée de dyspnée diurne et nocturne. La tachycardie et l'angine de poitrine ont été également signalées.

La compression des nerfs récurrents donnera naissance à des altérations de la voix, soit par paralysie d'une corde vocale, soit par spasme de la glotte. Certains auteurs rapportent même à l'adénopathie bronchique le spasme nocturne de la laryngite striduleuse.

La compression du phrénique engendrera une névralgie diaphragmatique aux points douloureux caractéristiques et le hoquet. Celle du grand sympathique se révélera surtout par de l'inégalité pupillaire.

Quant à la dysphagie qu'on observe si souvent dans les tumeurs du médiastin, elle peut être due à diverses causes. Si elle est constante, elle est due à la compression de l'œsophage par la tumeur, si elle est intermittente et paroxystique elle est due à un spasme de l'œsophage et du pharynx consécutif à l'excitation du récurrent dont certaines branches se rendent à la partie supérieure de l'œsophage et au constricteur inférieur du pharynx.

Telles sont les principales complications engendrées par les adénopathies trachéo-bronchiques.

CONCLUSIONS

Les tumeurs ganglionnaires du médiastin, enrôlées sous le nom de médiastinites, ont exercé de tous temps la sagacité des anatomistes et des cliniciens. Depuis longtemps, en effet, ils ont cherché à démêler cette question si complexe qui maintenant est au point grâce aux travaux de Barety, Liouville et de quelques auteurs.

L'anatomie des ganglions trachéo-bronchiques, comme le dit Guéneau de Mussy, a longtemps été dans la pénombre, et leur étude complète est de date relativement récente.

De notre exposé anatomique nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes. Il existe deux grands groupes de ganglions trachéo-bronchiques : les ganglions intérieurs ou inter-bronchiques de petit volume, situés en dedans du hile, en plein parenchyme pulmonaire, aux angles de division des bronches souches ; les ganglions extérieurs plus gros et qui ont dans le cadre nosologique une importance prépondérante. Ils entourent les bronches et la trachée et entrent en rapport intime avec les ganglions du médiastin. On peut les diviser en :

- Ganglions péri-trachéaux bronchiques droits;
- Ganglions péri-trachéaux bronchiques gauches;
- Ganglions inter-bronchiques;
- Ganglions rétro-sternaux.

D'une façon générale tous ces groupes communiquent largement entre eux. Ils reçoivent en outre les lymphatiques de la trachée, des bronches, du poumon, des plèvres. On comprend ainsi qu'à la suite d'une tuberculose pulmonaire ou pleurale il y ait adénopathie. Enfin, les ganglions intra-thoraciques communiquent avec ceux du système extra-thoracique grâce aux ganglions de la région cervicale inférieure. Des voies largement ouvertes existent donc entre ces groupes médiastinaux et ceux qui composent les systèmes cervicaux, axillaires et sus-claviculaires.

De ces nombreuses communications découlent des conséquences cliniques pathogéniques et anatomo-pathologiques de la plus grande importance. On comprend facilement de la sorte comment peut se faire l'infection. Tous les agents infectieux pourront entrer en ligne de compte ; néanmoins, nous reconnaitrons que l'adénopathie trachéo-bronchique est généralement tuberculeuse ; elle constitue alors l'adénopathie pure de Parrot, dans laquelle l'infection ganglionnaire est primitive.

Nous distinguons trois formes cliniques :

L'adénopathie simple des enfants ;

L'adénopathie des adultes ;

L'adénopathie des vieillards.

L'adénopathie trachéo-bronchique a enfin des conséquences secondes non moins importantes. L'hypertrophie des ganglions produira la compression des différents organes du médiastin, ce qui entraînera des désordres graves dans les appareils de la respiration et de la circulation.

Au total, et pour résumer notre étude, nous dirons donc que l'adénopathie trachéo-bronchique est un état morbide des ganglions du médiastin dont l'étiologie est varia-

ble et qui peut être produit par tous les agents infectieux, le plus souvent cependant par le bacille de Koch. Elle revêtira un caractère clinique et une forme anatomo-pathologique différents suivant qu'elle évoluera chez l'enfant, l'adulte ou le vieillard.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDIBERT. — Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysie foudroyante. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Février 1891, p. 69.
- ALLARD (E.). — Contribution à l'étude des adénopathies thoraciques (trachéo-bronchiques et axillaires) dans la tuberculose pulmonaire chronique. Thèse de Paris, 1900-1901.
- ALEZAIS et PAGLIANO. — Adénopathie tuberculeuse à forme pseudo-adénique. *Marseille médical*, 1906, p. 176 à 180.
- ARTHAUD. — Sur l'importance pathologique des adénopathies bronchiques. *Compte rendu Acad. Sc. Paris*, 1906, p. 1231.
- AGUILAR JORDAN. — Dos casos de adenopathia traqueobronchial. *Rev. Valenc. de Cien. med. Valencia*, 1905, p. 17-28.
- ACHARD. — Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. *Congrès de la tubercul.*, 1905.
- ALBERS (de Bonn). — Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumo-gastrique, suivies de quelques observations de maladies de ce nerf par le Dr Hankel. Traduit de l'allemand par le Dr Richèlet. *Arch. génér. de méd.*, t. V. 2^e série, 1834.
- AUDY (P.). — Étude critique sur un signe précoce d'adénopathie bronchique (Signe d'Eustache Smith). Thèse de Paris, 1899-1900.
- Adénopathies tuberculeuses et radiothérapie. *Rev. prat. d'obst. et de gynécol.* Paris, 1905, 243.
- ARNOUX. — Contribution à l'étude de l'adénopathie bronchique tuberculeuse. Quelques cas observés aux colonies. Thèse de Paris, 1895.
- ANDRAL. — *Clinique médicale*. Paris, t. I, p. 142, et t. II, p. 204.

- ADLER (Z.). — Gümökoros peribronchialis nynokmirigy attorese a bronchusba igyogyulcas. Gyermekorvos. Budapest, 1906, 7-9.
- ANDRAL. — Clinique médicale, 3^e éd., t. III, p. 262 et suivantes, et t. IV, p. 248 et suivantes, 1839.
- AVIRAGNET (E.). — De la tuberculose des enfants. Thèse de Paris, 1895.
- ABRAHAM JAKNINE. — Adénopathie trachéo bronchique simple chez les enfants. Thèse de Paris, 1897, n° 67.
- BOURGAREL (L.). — L'adénopathie trachéo bronchique et son diagnostic par le cornage expiratoire et la radioscopie. Paris, 1907. (Voir couverture Rev. mens. Mal. enfance pour le résumé). Mai 1907.
- BARJON (F.). — La radiothérapie comme traitement des adénites tuberculeuses. Lyon médical, 1906, p. 638-641.
- BERTRAN (E.). — Radiotherapia en las adenitis tuberculosas. Rev. de Cien. med. de Barcelona, 1906, 405.
- BARTHÉLEMY (F.). — Adénopathie trachéo-bronchique avec tirage et cornage chez un enfant de 15 mois. Gaz. méd. Nantes, 1905, 71-74.
- BECLÈRE. — Les rayons Röntgen et le diagnostic de la tuberculose. Paris, 1899.
- BOUCHARD. — Traité de radiologie médicale. Paris, 1904.
- BARD (L.). — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Genève, 1901.
- BOLLAG. — Ueber Médiastinaltumoren in Kindesalter. Thèse de Zurich, 1887.
- BARBIER (H.). — Des portes d'entrée de la tuberculose. Gaz. méd. Paris, 1888, p. 83 423
- BOYER. — Maladies chirurgicales. Paris, t. I.
— Etudes sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis. Thèse de Paris, 1897.
- BERTON. — Traité des maladies des enfants.
- BERTI. — Sutorio alla possibilita di processi tisiogeni congeniti. Bolletino delle scienze mediche di Bologna, 1882.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris, 1861. 2^e édit., p. 129, 308, 467, 468.

- BROUARDEL. — Adénopathie des ganglions bronchiques. Lec. cliniq. Charité, 1874. *Mouvement médical*, janvier 1874, p. 18.
- BULINS. — Documents sur la clinique et le diagnostic de la tuberculose dans les premières années de la vie. Mars 1899.
- BARRET. — L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie trachéo-bronchique. *Rev. mens. mal. enfance*, 1906, p. 155. *Arch. d'élect. méd.* Paris, 1906, 174-181.
- BOUVET (G.). — Des adénopathies tuberculeuses chirurgicales. (Étude pathogénique et quelques points de diagnostic.) Thèse de Paris, 1900.
- BOÏSSON. — Note sur le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par le radioscope. *Acad. Médecine*, 21 décembre 1897.
- BARTHEZ et RILLIET. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 2^e édit., 1861, t. III, p. 600. Paris (Tuberculisation des ganglions bronchiques).
- BARTHEZ. — Phtisie ganglionnaire bronchique. Respiration caverneuse persistante. *Bull. de la Soc. Méd. Hôpit. Paris*, 8 juillet 1857.
- BECKER. — De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo specimen pathologicum. Th. Berlin, 1826.
- BECQUEREL. — Mémoire sur la tuberculisation des ganglions bronchiques. *Gaz. Méd. de Paris*, 1841, p. 449.
- BERNIER. — Observation de tuberculisation des ganglions bronchiques suivie de mort. *Recueil des mém. de méd., chir. et pharm. militaire*. Paris, 1856, p. 303.
- BRUDZINSKI. — Contribution au diagnostic précoce de l'adénopathie bronchique. *Gazeta Lekarka* (Varsovie), juin 1900.
- BALSAMOFF. — Diagnostic des adénopathies du médiastin (Congrès de Roentgen. Berlin, 30 avril-4 mai 1905).
- BERTON. — Traité pratique des maladies des enfants. 2^e éd. Paris, 1842.
- BAYLE. — Recherches sur la phtisie, 1855. Paris, p. 397-693.
- BÉHIER. — Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire chez un homme de 44 ans. Difficulté de diagnostic. *Gaz. Hôpitaux*. Paris, 1870.

- BARTH et ROGER. — Traité pratique d'auscultation. Paris, 1865 ; 6^e éd., p. 64.
- BARTHEZ et RILLIET. — Recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants. Arch. génér. de médec. Paris, 1842.
- BARETY. — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris, 1874, n° 388.
- BIDDEBT. — Die Tuberkulos des lymphatischen Apparates. V. th. Pascal, 92.
- BARBIER. — Revue de la tuberculose infantile, nos 1 à 5, 1902.
- BECCUEREL. — Compression de la trachée-artère, de l'aorte et de ses branches d'origine par des masses tuberculeuses ; hypertrophie des deux ventricules ; mort par suite d'une inflammation générale de la trachée-artère et des bronches. Bull. Soc. anat., 1837, p. 121.
- BARTHEZ et RILLIET. — Recherches anat.-path. sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants. Arch. gén. de médecine, 1840.
- BOUCHUT. — De la tuberculose des ganglions bronchiques ou tuberculose médiastine. Gaz. Hôpit., Paris, 1863, p. 429-433.
- BONFILS. — Hypertrophie ganglionnaire générale ; fistules lymphatiques ; cachexie sans leucémie. (Rec. des trav. de la Soc. méd. d'obs., 1857, t. I, p. 157.)
- BRUDDER. — Cornage expiratoire bronchitique. Soc. de péd., 23 févr. 1904.
- BERTHERAND. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. Thèse de Paris, 1899.
- BÉCLÈRE. — La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques. Archives d'électricité médicale, 1902, p. 642.
- BALLET (G.), de Paris. — L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et de l'adénopathie trachéo-bronchique. Congrès de la tuberculose. Paris, 1905.
- BAROT. — De quelques signes cliniques permettant de déceler la tuberculose dans son stade primitif de germination ganglionnaire. Arch. méd. d'Angers, 1907, p. 18-27.

- BERGONIE (J.). — Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses. Dédutions à en tirer. J. de méd. de Bordeaux, 1905, p. 825.
- BOUGON. — Des signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique ou particulière. Des altérations de la transonnance pulmonaire. Th. de Paris, 1898.
- CALMETTE, GUÉRIN et DELÉARDE. — Origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses. Presse médicale, Paris, 1906, p. 335.
- CHAUVEAU (A.). — Sur la tuberculose primitive du poumon et des ganglions bronchiques et médiastinaux communiquée aux jeunes bovidés par l'ingestion de virus tuberculeux d'origine bovine et humaine. Compt. rend. Acad. Sciences, Paris, 1907, p. 777-827.
- BRETON (F.). — Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1906-1907.
- BOURGAREL (L.). — L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons. Son diagnostic par le cornage bronchique expiratoire et la radioscopie. Thèse de Paris, 1906-1907, t. IV.
- CLARKE. — A treatise of pulmonary consumption and scrofulous diseases. 1835, p. 60 (London).
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine. 2^e éd. Paris, Masson, édit., t. VII, p. 526.
- COMBY. — Adénopathie trachéo bronchique. Soc. médicale des hôpit. Paris, 5 juin 1903.
- CLAUDE. — Diagnostic de certaines tumeurs du médiastin par la radioscopie. Arch. d'électricité médicale, 1902, p. 183.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1877.
- COMBY. — Oblitération de la veine cave supérieure. Soc. méd. des Hôpit. Paris, 8 janvier 1892.
- CLAVELIN (J.). — De la tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. Thèse de Paris, 1881.
- CACCIA (C.) et FRANCIONNI (C.). — Sulla roentgente-rapia delle adenopatie tubercolari. Riv. di Clin. pediat., Firenze, 1906, 666-670.
- CHAIX. — Les tuberculoses pulmonaires latentes. Thèse de Paris, 1904.

- CAYOL. — Recherches sur la phtisie trachéale. Thèse de Paris, 1890, n° 93.
- CATTET. — De quelques symptômes du début de la phtisie pulmonaire et de leurs rapports avec l'irritation des pneumogastriques. Thèse de Paris, 1879.
- CONSTANTINOVITCH (C.). — Essai sur la tuberculose de la première enfance ; la porte d'entrée principale du bacille ; sa localisation principale dans les ganglions. Thèse de Paris, 1899.
- CARRASCO (W.). — Etude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie. Thèse de Paris, 1890.
- CUMSTON. — Remarques sur quelques complications de la tuberculose de l'enfance. Boston, Med. Surg. Journal, 1894.
- CORNET. — Tuberculose des ganglions sans lésions des muqueuses. Centralblatt für Chirurgie, 1899, n° 27, p. 7.
- CADET DE GASSICOURT. — Maladies à signes obscurs et trompeurs. Rev. mal. enf., 1883.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anat.-path. génér. Paris, 1862, t. IV, p. 642-643.
- CASTEX. — Contribution à l'étude des adénites iliaques. Thèse de Paris, 1881.
- COMBY (J.). — Traité des maladies de l'enfance. 3^e éd., Paris, 1899, p. 542.
- Congrès de Montpellier, 1898.
- COUVREUR (A.). — De l'adénopathie cervicale tuberculeuse considérée surtout dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1892.
- DIEULAFOY (Médiastin). — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- CATRIN. — Discussion sur l'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse. Bull. Soc. méd. Hôpit., Paris, 1893, p. 797.
- CALMETTE. — Les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse et la défense de l'organisme contre la tuberculose. Rev. d'hyg. Paris, 1906, p. 641-660.
- CASSAET (E.). — Adénopathie trachéo-bronchique avec médiastinite supérieure unilatérale droite. Gaz. hebdomadaire des Sociétés de Médecine. Bordeaux, n° 27, 7 juillet 1907.
- DURIAN et GLEIZE. — De la tuberculisaison des ganglions bronchiques chez l'adulte. Gaz. hebdomadaire. Paris, 1856, p. 613-631.

- DENNIG. — Ueber die Tuberculose in Kindesalter. Leipzig, 1896.
- DELTHIL. — Adénopathies trachéo-bronchiques et méningite. Thèse de Paris, 1897.
- DEROGE et LA MOUCHE. — Sur un cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse latente ; péricardite secondaire hémorragique. Tuberc. inf., Paris, 1905, p. 163-165.
- DOBROKLOUSKI. — De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme. Archiv. Médec. expér., 1890, p. 253.
- D'ESPINE (A.). — Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants. Bull. Acad. Méd., Paris, 1907, 167-174.
- DUPRAT (H.). — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez les enfants ; sa fréquence, son expression clinique ; son origine, son influence sur les poumons. Genève, 1906, Impr. Roinet, 71, p. 8.
- COMBY. — La tuberculose pulmonaire chez l'enfant. Arch. de Méd. des enfants, 1898.
- DUFOURG. — Adénopathie trachéo-bronchique hérédosyphilitique. Thèse de Bordeaux, 1887.
- DUPLAY. — Manuel de diagnostic chirurgical.
- D'ESPINE (A.). — Note sur le diagnostic de l'adénopathie bronchique simple dans les affections thoraciques aiguës et simples de l'enfance. Bull. Acad. méd., 23 juillet 1907, p. 142.
- DODIN. — Des adénites scrofuleuses et tuberculeuses. Thèse de Paris, 1881.
- DUBREUIL. — Adénite tuberculeuse suppurée du ganglion rétro-pharyngien du côté droit. Semaine médicale, 1891, p. 211.
- DAGA. — De la tuberculisation des ganglions bronchiques chez l'adulte. Rec. de méd. milit. 3^e série, 1866, t. XVI, p. 276-279.
- DE BEAUVAIS. — Broncho-pneumonie, suivie de phtisie aiguë et d'emphysème sous-cutané du côté gauche du thorax. Bull. Soc. méd. Hôpit. Paris, 1856, p. 138.
- D'ESPINE. — De l'adénopathie bronchique simple dans les affections thoraciques aiguës et subaiguës de l'enfance. Sem. méd., 24 juillet 1907, p. 357.
- EMPIS. — Cornage broncho-trachéal. Union médicale de Paris, 1862, p. 35, 36, 74.

- EUSTACE SMITH. — On the diagnosis of enlarged bronchial glands in children. *The lancet*, 11 août 1875.
- On the wasting diseases of infants and children. *The lancet* 1888, p. 319-321.
- EMMET-HOLT. — Tuberculose in infancy in early childhood with special reference to the mode of infection. *Arch. of Ped.*, mars 1897.
- ERDELY (J.). — Perforation of degenerated peri bronchial gland into the bronchial in two cases: recovery. *Orvosi hetil.* Budapest, 1906, p. 1062-1064.
- FONSSAGRIVES. — Mémoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte. *Arch. génér. méd.* Paris, 1861, décembre.
- FERNET. — Adénopathie sus-claviculaire. *Bull. Soc. méd. Hôpit.* Paris, 1893, p. 801.
- FERNET (Ch.). — D'un syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris.*, 21 juillet 1899.
- De quelques signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique. *Bull. acad. méd.*, Paris, 11 octobre 1898
- FRIEDLANDER. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. *Journal of the American medic. Associations.* 7 janvier 1905.
- FOHMANN. — Mémoire sur les vaisseaux lymphatiques. Liège, 1833.
- GOUPIL. — Trachée environnée d'une masse de ganglions bronchiques non comprimée; poumons sains sans tubercules. (Enfant de 10 ans, mort de méningite tuberculeuse.) *Bull. Soc. anat.* Paris, 1854, p. 269.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Etudes cliniques sur l'adénopathie bronchique. *Gaz. Hôp. Paris*, 1860, n^{os} 67 et 68.
- GIRODE (J.). — Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires. *Bull. Soc. méd. Hôpit. Paris*, 1895, p. 73.
- GRANCHER. — Les adénopathies trachéo-bronchiques. Leçons recueillies par Legendre.
- GREFFIER. — L'adénopathie bronchique du nouveau-né. *Rev. mens. des mal. enfance.* Novembre 1902.

- GUILLEMINOT. — Sciagrammes orthogonaux. Compt. rendu. Acad. Sciences. 3 et 4 juin 1902.
- GRANCHER. — Evolution de la granulation tuberculeuse. Compte rendu Soc. biologique, 1877, p. 126.
- GENOUVILLE. — Gangrène du larynx et des ganglions bronchiques. Bull. Soc. anat. Paris, 1857, p. 119.
- GUERCHOUX. — Essai sur la compression broncho-trachéale. Thèse de Paris, 1874.
- GOBBI. — Contribution au diagnostic de la tuberculose intra-thoracique latente par les rayons de Roentgen. Gaz. degli ospedali e delle clin., p. 586, mai 1900. Analysé in Archive d'électricité médicale, p. 188, 1901.
- GRANCHER. — Maladies de l'appareil respiratoire. Paris, 1890.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Signes d'adénopathie bronchique siégeant à droite. Gaz. hôpit. Paris, 1869, n° 89.
- Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique. Gaz. hebd. Paris, 1873, p. 330.
- Clinique médicale. Paris, 1874, t. I, p. 565.
- GINTRAC (H.). — Essai sur les tumeurs solides intra-thoraciques. Paris, 1845.
- GRANCHER. — Voir Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1883.
- La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne. Acad. méd., 21 juin 1904. Bull. méd., Paris, 1904, p. 578.
- Revue de Thérapeut. Méd. chirurgicale, 1906, p. 757-764.
- GUINON (L.). — Sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des jeunes nourrissons. Rev. mal. Enfance, 1904, p. 529-539.
- Dyspnée chronique mortelle par adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ayant débuté à l'âge de trois semaines. Bull. Soc. méd. Hôpit. Paris, 1903, p. 627.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Quelques nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique. France médicale, 1877, p. 457.
- GRANCHER, COMBY et MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance. Vol. 4. Adénopathie trachéo-bronchique, p. 235. Paris, 1898.
- GRANCHER. — Prophylaxie de la tuberculose. Rapp. Acad. méd. Mai-juin 1898.
- HUFELAND. — Traité des maladies scrofuleuses. 1821. Trad. de l'allemand sur la 3^e édition 1829 par J.-B. Bousquet, p. 97, 109.

- HOORMANN. — Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques. Thèse de Paris, 1852.
- HOBART, AMORY HARE. — The pathologic clinical history and diagnosis of affections of the mediastinum. Philadelphia, 1889.
- HERVOUET. — Des adénopathies similaires chez l'enfant. Thèse de Paris, 1877.
- HARBITZ. — Untersuch über die Häufigkeitlocalisation und Ausbreitungsweise der tuberc. Christiania Jac. dysbwad. 1905.
- HAYEM. — Tumeur du cou déviant la trachée et comprimant le nerf récurrent gauche ; hémiplegie ancienne, aphonie subite. Gaz. hebdom. méd. et chir. 1866, n° 6.
- HÉRARD. — Accès d'asthme. Compression des pneumogastriques. Désorganisation du poumon droit. Perforation de la bronche droite. Bull. Soc. anat. Paris, 1846, p. 268.
- HUTINEL. — Adénopathie trachéo-bronchique ; altération ganglionnaire. Congrès de la tuberculose, Paris, 1891.
- HÉRARD et CORNIL. — De la phtisie pulmonaire. Paris, 1867.
- HYRT (P.) — Ganglions sous-claviculaires. Lehrbuch der Anatomie. 14^e édition.
- HERPAIN — Adénites et périadénites à streptocoques (en particulier celles de l'aisselle). Thèse de Paris, 1900.
- HAUSHALTER. — Congrès de Montpellier 1898. Cité par Mutelet. Contribution à l'étude de la tuberculose diffuse chez l'enfant. Thèse de Nancy, 1898.
- HENDBIX. — Traitement des adénopathies tuberculeuses ou adénites chroniques par la radiothérapie. Polyclinique, Bruxelles, 1905, 177-182.
- JANCHON. — De la tuberculisation bronchique ou gangliophyme chez l'adulte. Thèse de Paris, 1867, n° 65.
- JOLIVET. — Essai sur les accidents déterminés par l'altération des récurrents. Thèse de Paris, 1868, n° 252.
- JOHNSON. — Medical times and Gazette. N° 786 de 1865.
- JEASELME. — De l'hémoptysie foudroyante par perforation vasculaire chez l'enfant au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. Rev. mens. Malad. enf., février 1892, p. 57.
- JACQUES (A.). — Les adénopathies pulmonaires, étude anatomo-clinique et radioscopique. Thèse de Lyon, décembre 1905.
- JOAL. — De l'asthme ganglionnaire. Arch. de médecine. Avril 1891.

- JULES-SIMON. — Gaz. médic. de Paris, 1885.
- JAKNINE (Abraham). — Adénopathie trachéo-bronchique simple chez les enfants. Thèse de Paris, 1897.
- JOUSSET. — Origine intestinale d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Arch. méd. Paris, 1906, p. 10-14.
- JANKELEWITCH. — Semaine médicale, janvier 1902.
- KYLL. — Mémoire sur le spasme de la glotte. Arch. génér. médic., 1847, p. 97.
- KERSTEIN. — Observationes quædam de phthisis bronchiali, seu de depositione tuberculorum in glandulis bronchialibus. Arch. génér. méd., 1863. 4^e série, t. 3, octobre.
- KELSCH et BOISSON. — Note sur le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par le radioscope. Acad. de méd., 21 déc. 1897.
- KOSSEL. — Ueber die Tuberculose in Fruhem Kindesalter. Zeits. f. s/yg. u. Infections Krankh., 1895.
- KIRMISSON. — Notes sur la topographie des ganglions axillaires. Bull. Soc. Anat. Octobre 1882.
- KÜSS. — De l'hérédité de la tuberculose. Thèse de Paris, 1898.
- KOHLER. — Diagnostic précoce de la tuberculose ganglionnaire chez l'enfant. Congrès de Röntgen. Berlin, avril-mai 1905.
- LOOMIS. — Inoculation des ganglions lymphatiques. New-York médical Record. Décembre 1890.
- LABBÉ. — Étude des ganglions lymphatiques dans les infections aiguës. Thèse de Paris, 1897-98.
- LEREY (de Francfort). — De la dégénérescence des ganglions bronchiques ou mésentériques chez les jeunes enfants dans ses rapports avec la tuberculose héréditaire. Trib. médicale. Paris, 8 mars 1874.
- LIUVILLE (H.). — Contribution à l'étude de l'adénopathie médiastine (ganglions péritrachéaux et péribronchiques) principalement observée chez le vieillard. Arch. de Physiol. Norm. path., 1869, p. 600-714.
- LUTON. — Tuberculisation pulmonaire, dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques et mésentériques. Mort. Autopsie. Bull. Soc. Anat. Paris, 1857, p. 105.
- LALOUETTE. — Traité des scrofules. Paris, 1780, p. 15, 34-35.
- LOUIS. — Recherches sur la phtisie. Paris, 2^e édition, 1843, p. 108.

- LEGENDRE. — Adénopathie trachéo-bronchique, Rev. d'obst. et de pédiatrie, 1895, VIII, p. 95.
- LETULLE. — Adénopathie trachéo-bronchique, tumeurs cancéreuses. Arch. génér. méd., 1890.
- LEREBoullet. — Recherches cliniques sur l'adénopathie bronchique considérée comme l'un des signes du début de la tuberculisation pulmonaire. Union médic. Paris, 1874, 19 et 26 mai, p. 803 et 849.
- LEY. — An essay on the laryngismus stridulus, ou croupke inspiration of infant. London, 1836.
- LEBLOND. — Sur une espèce de phtisie particulière aux enfants. Thèse de Paris, 1824.
- LEY (H.). — Observations sur l'inspiration rauque des enfants et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux. Gaz. méd. Paris, 1834, p. 593.
- LEBERT. — Physiologie pathologique. Paris, t. I, p. 475.
- LE BOUL. — Des tumeurs de la paroi antérieure de l'aisselle. Thèse de Paris, 1895.
- LE ROY DE MÉRICOURT. — Phtisie bronchique ou adénite péri-bronchique suppurée diagnostiquée pendant la vie. Absence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire. Asphyxie lente par compression de la partie inférieure de la trachée. Union médic. de Paris, 1860, p. 97.
- LAENNEC. — Traité de l'auscultation médicale. Paris, 1837, 4^e édit., t. I, p. 336 et 328, et t. II, p. 53.
- LETULLE. — Troubles fonctionnels du pneumogastrique. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.
- Perforation œsophagienne par un ganglion tuberculeux ; pleurésie purulente, fistule pleuro-œsophagienne. Semaine médicale, 1890, p. 377.
- LE DENTU et LONGUET. — (Lymphatiques). Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- LEBERT. — Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire, p. 298.
- LESAGE et PASCAL. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Arch. génér. méd., 1893, p. 270.
- LEJARS. — Tuberculose des ganglions lymphatiques.

- LEGROUX. — La micropolyadénite considérée comme indice de tuberculose profonde chez les enfants. Congrès pour l'étude de la tuberculose ; première session, 1888, 1^{er} fascicule.
- LÉPINE. — Sur l'infection de voisinage dans la tuberculose. Arch. physiol. Paris, 1870, t. III.
- LAVERAN. — Traité de pathologie.
- LAURE. — Diagnostic précoce de la tuberculose. Rapp. au congrès de la tuberc., 1905.
- LERMOYEZ. — Presse médicale, 1895.
- LERMOYEZ et MACAIGNE. — Tuberculose primitive de l'amygdale. Bull. Soc. Anat. Paris, 1897.
- LORTAT-JACOB. — Caverne pulmonaire chez un nourrisson. Rôle de la compression du pneumogastrique par un ganglion dans l'évolution des lésions. Congrès de la tuberc. Paris, 27 octobre 1905, p. 78.
- MACHERRAND. — Gangrène pulmonaire déterminée par la compression d'un ganglion bronchique. Bull. Soc. Anat. Paris, 1865, p. 34.
- MARFAN et NAME. — Recherches bactériologiques sur les cadavres des nouveau-nés. Rev. mens. des maladies de l'enfance, 1892, p. 301.
- MAURIQUAND. — Méningite avec grosse adénopathie tuberculeuse. Lyon médical, 1906, p. 509.
- MARCHAL (de Calvi). — De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte. Acad. Médec. 13 juillet 1848.
- MERCKLEN. — De la tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique de la coqueluche. Soc. méd. des Hôpit. Nov. 1887.
- MARFAN. — Tuberculose des ganglions bronchiques et de la cachexie consécutive chez les enfants du premier âge. Journ. de clinique et de thérap. infantiles, 1894, p. 989, 1009, 1049, 1069 ; et 1895, p. 1, 81, 100. Semaine méd., 1892, p. 509 ; 1893, p. 427.
- Adénopathies et tumeurs du médiastin. Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud. Paris, 1901 ; 2^e édit., p. 526, t. VII.
- MOUKTAR. — Diagnostic de l'adénopathie et de la tuberculose au début. Paris, 1886.

- MIGNON. — Étude anatomô-clinique de l'appareil respiratoire par les rayons de Roentgen. Thèse de Paris, 1898.
- MEUNIER. — Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. Thèse de Paris, 1896.
- MANSON. — Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation et en particulier chez les enfants. Thèse de Paris, 1895.
- MÉRY. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la tuberculose à son début. *Rev. gén. de cliniqu. et de thérap.* Paris, 1904.
- MARIGLIANO. — Latente und larvite. *Tub. Berlin, Klin. Woch.*, 1896, p. 409 et 437.
- MEYER. — Observations au sujet des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, tuberculose ganglionnaire et la tuberculose pleurale. IV^e Congrès de Médecine, Montpellier, 1898.
- MARIGLIANO — Application de la radioscopie à l'étude des organes intra-thoraciques. Congrès de Naples, 20 octobre 1897.
- MORTHRUPP. — Tuberculosis in children. Primary infection in bronchial lymphnodes. *New-York, Médical Journal*, 21 février 1891.
- NÉLATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*. Paris, 1859, t. V, p. 872.
- NAUMANN. — Des erreurs de diagnostic. In *Deutsch med. Zeitung*, 1906, n° 36.
- Ueber die bronchialdrusen Tuberculose u. ihre Beziehungen zur Tub. inn Kindesalter. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1893.
- OLYMPITIS. — Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aiselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. Thèse de Montpellier, 1889, n° 11.
- OPPENHEIM et LAUBRY. — Traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique. *Trib. Méd.*, Paris, 1904, p. 630-633.
- POTAIN. — Hypertrophie simple des ganglions bronchiques. Compression du pneumogastrique droit par un ganglion, etc... *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1861, p. 96.
- PORTAL. — Mémoire sur plusieurs maladies, 1800, t. XI, pp. 126, 308.

- PIERRY et JACQUES. — Les adénopathies pulmonaires. Etude anatomique, radioscopique et clinique. *Revue de Médecine*, 1906, p. 664.
- PASTURAUD. — Tumeur du médiastin (lymphadénomes). *Observ. et réflexions. Progrès médical*, Paris, 4 et 11 avril 1874.
- PALMER. — Diagnostic of adenopathia. *The Lancet*, 1864.
- POTIER. — De la polyadénite chronique périphérique chez les enfants. Thèse de Paris, 1894.
- PORTAL. — Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire. Paris, 1809, t. XI, p. 218, 219, 307.
- PECHAUD. — Contribution à l'étude d'une des variétés de l'adénite cervicale tuberculeuse. Thèse de Paris, 1892.
- PATIN. — Etude sur les symptômes du début de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1895.
- POIRIER et CUNÉO. — *Traité d'anatomie humaine*, Paris: Masson, édit., 1902. Lymphatiques du thorax, p. 1241 du tome XI, 4^e fascicule.
- PARROT. — Adénopathies similaires. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1876.
- PETIT. — De la tuberculose des ganglions du cou. Thèse de Paris, 1897.
- PASCAL. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Polyadénite primitive. Thèse de Paris, 1892.
- PÉRON (A.-N.). — Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre. Thèse de Paris, 1895.
- PETRUSCHKY. — *Munch. med. Wochenschr*, 1903.
- QUEYRAT. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse de Paris, 1886.
- QUIDET (L.). — Essai historique sur les indices du début de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1898.
- RATHERY. — Phtisie ganglionnaire. Mort rapide par suite de l'ouverture d'un ganglion ramolli dans la trachée. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1869, t. XIV, 1870.
- RICHEL. — Gangliophymie bronchique. Mort presque subite. *Gaz. Hôp.*, Paris, 1853, p. 99.
- ROUSSET. — Tumeur squirrheuse située derrière le sternum et comprimant la trachée-artère, etc. *Rec. de la Soc. de Médéc. de Marseille*, 1829, t. IV, p. 261.

- RIGAL. — Tuberculisation générale, spécialement des poumons et des ganglions bronchiques. Pleurésie purulente. Perforation pulmonaire. Mort. Autopsie. Bull. Soc. Anat., Paris, 1865, p. 444.
- RENDU. — Des tumeurs malignes du médiastin. Arch. de Médec., 1875, t. II, p. 447 et 715.
- REVILLET (L.). — Le traitement de l'adénopathie bronchique par le climat marin et les bains de mer à l'hospice maritime de l'enfance (Asile J. Dolfus), à Cannes. Lyon Médical, 1904, p. 226-229.
- ROGER. — Cours clinique des maladies des enfants. Séméiologie. Union méd., Paris, 1863, p. 275, 407.
- * RICHET. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale. Paris, 1886, 3^e édition, p. 573.
- ROUX et JOSSEMAND. — La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie bronchique chez l'enfant, à Cannes. Rev. mens. d. mal. enfance, 1906, p. 12-25.
- READ. — Primitive tuberculosis ganglionic. New-York Medical Journ., janvier 1887.
- RABOT et BOMBES DE VILLIERS. — Adénopathie trachéo-bronchique avec caverne tuberculeuse chez un enfant. Lyon Médical, 1905, n^o 17, p. 901.
- * ROUX (J. M.). — Adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose latente. Congrès de la tub. Oct. 1905 Paris, voir analyse Rev. Mal. Enf., 1905, p. 529.
- ROUX (J.), de Cannes. — Radioscopie et diagnostic de la tuberculose et de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. Rev. Mal. Enf., 1905, p. 529.
- RENANT (J.). — Adénopathie trachéo-bronchique. Voir Traité de médecine Debove et Achard, t. I, p. 530. Paris, 1893.
- ROUSSEAU (H.). — Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux. Thèse de Paris, 1895.
- ROGER. — Tuberculose in Traité de médecine de Bouchard et Brissaud. Paris, 1898, t. I, p. 788.
- RÖDERER (Ch.). — La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires articulaires et osseuses. Paris, 1906, p. 168.
- ROCAZ. — Diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique par l'exploration radiographique. Congrès de la tuberculose, 1905.

- REDARD. — Radiographie dans les adénopathies tuberculeuses. Arch. d'électricité méd. Bordeaux, 1905, p. 931.
- RACZYNSKI. — Jahrb. für Kinderheil., 1901.
- RÉGNIER. — Radioscopie, radiographie, radiothérapie. Paris, 1906.
- SCHÖEFFEL. — De la tuberculisation des ganglions bronchiques. Thèse de Strasbourg, 1855, n° 343.
- SOLMON. — Du rétrécissement pulmonaire acquis. Thèse de Paris, 1872.
- SOTMEL. — Phtisie ganglionnaire chez l'adulte. Thèse de Strasbourg, 1861.
- SAUNÉE. — Recherches sur la phtisie laryngée. Thèse de Paris, 1802, n° 87.
- SWAN. — A treatise on diseases and injuries of the nerves. London, 1834, ch. X.
- SESTIER. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852, p. 219.
- SALLE. — Note sur l'emploi des rayons de Röntgen chez les jeunes soldats pour déceler les lésions ignorées du cœur et des poumons (en particulier la tuberculose). Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 14 mars 1902.
- SIMON. — Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané des parois gauches du thorax ; ganglion bronchique suppuré ; bronche perforée. Bull. Soc. Anat. Paris, 1856, p. 264.
- STIMMEL. — Mort par asphyxie causée par la chute dans la trachée d'un ganglion tuberculeux qui a ulcéré ce conduit. Gaz. méd. Paris, 1842, p. 601.
- SANCHEZ-TOLEDO. — Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro pulmonaire. Thèse de Paris, 1887.
- SCALLERO (W.). — L'examen radioscopique des adénopathies trachéo-bronchiques. XI^e Congrès de la Soc. A. de médec. int. Pise, 27-31 octobre 1901. Analysé in Arch. d'électricité méd., 1902, p. 57.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie humaine, les lymphatiques. Paris.
- SCHWARTZ. — Anatomie chirurgicale et médicale des bronches extra-pulmonaires. Thèse de Paris, 1902-03.
- SIMON. — Du rôle de l'infection. Rev. mal. Enf. 1893, p. 299.

- SCHOFFEL. — De la tuberculose des ganglions bronchiques. Thèse de Strasbourg, 1855.
- SIROMAKOFF. — Radiographie du thorax. Thèse de Montpellier, 1899.
- SMITH. — The Lancet, 1875.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale. Paris, 1865, t. III. 2^e édit (Adénie, p. 555).
- TARGHETTA. — Étude sur le thymus. Thèse de Paris, 1901-1902.
- TRIPPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, p. 454, 545, 568 et suiv.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique Paris, 1905, t. I, p. 732 et 785.
- TROISIÈRE. — Recherches sur les lymphatiques pulmonaires Thèse de Paris, 1874.
- VALLÉE. — De la genèse des lésions pulmonaires dans la tuberculose. Ann. de l'Inst. Pasteur. Paris, octobre 1905.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, 1871, t. III, p. 23, 179, etc.
- VIAULT et JOLYET. — Traité de physiologie humaine. Paris, Oct. Doin, 1900.
- VARIOT et BRANDER. — Cornage expiratoire bronchique des jeunes enfants, Bull. Soc. de pédiâtr. Paris, 1904, 51, 53.
- WOILLEZ. — Tumeurs des ganglions bronchiques. Diagnostic, pronostic et traitement. Gaz. Hôpit. Paris, 1814, n^o 126, 131, 136.
- ZUBER. — In traité des maladies de l'enfance, Grancher, Marfan, Comby, p. 235. Adénopathie trachéo-bronchique. Vol 4, p. 235.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 février 1908

Pr Le Recteur,
Le professeur membre du Conseil
de l'Université, délégué,
SARDA.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 février 1908

Pr le Doyen
L'Assesseur délégué,
SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !







